

## PRINCIPES GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES DTM

### INDICATION THERAPEUTIQUES

Certains DAM secondaires nécessitent le seul traitement de l'étiologie primaire ( *exemple de trismus par pericoronarite*), mais d'autres génèrent une prise en charge symptomatique de leur séquelles au niveau de l'appareil manducateur ( exemple de la fracture condylienne)

Face à un DAM primaire , un simple traitement est le plus souvent à mettre en œuvre , visant à supprimer la douleur et à diminuer nettement la gêne fonctionnelle (MCNEILL 1997°

Indication de prise en compte / prise en charge du DAM :

- dépistage de signes infra cliniques → simples conseils préventifs ;
- pratique odontologique quotidienne → prise en compte à titre préventif des risques DAM
- avant un traitement prothétique ou orthodontique étendu → thérapeutique inutile de reconditionnement
- DAM établi : myorthopie manducatrice → prise en charge DAM

### OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

La thérapeutique peut être étiologique (curative) ou symptomatique (palliative)

**Objectif curatif** : l'approche étiologique éradicatrice n'est possible que si ou les facteurs étiologiques sont clairement identifiés , cela suppose un diagnostic exhaustif mettent en évidence des facteurs déclenchant , contribuant ou entretenant accessibles au traitement

**Objectif palliatif** : la thérapeutique symptomatique vise une réduction globale des symptômes sans identifications de facteurs causaux accessibles il s'agit d'une prise en charge symptomatique visant à ramener le patient dans sa zone adaptative en augmentant tolérance , confiance , échanges trophiques myoarticulaires , en diminuant les facteurs pathogènes , en contrôlant la douleur

On descendra des objectifs généraux et des objectifs spécifiques

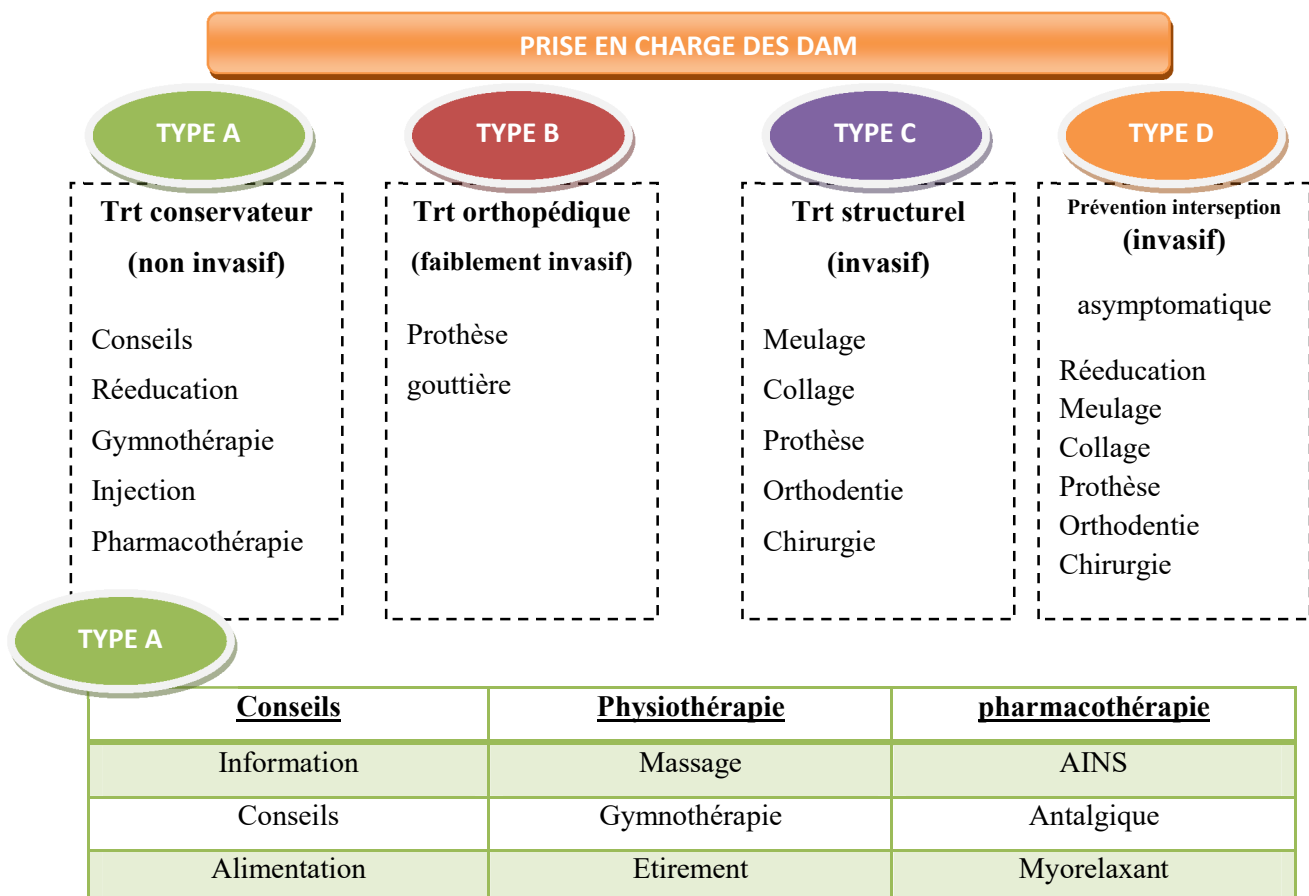
## OBJECTIFS GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES DAM

- ✚ **supprimer** la douleur aigue ou , du moins , diminuer la douleur chronique de 50 %
- ✚ **Optimiser** nettement la cinématique mandibulaire
- ✚ **diminuer** nettement les bruits articulaires
- ✚ **faciliter** les fonctions , restaurer les activités quotidiennes , la sensation de bien –être et la qualité de vie
- ✚ **éviter** les risques ou dommages iatrogéniques

## OBJECTIFS SPECIFIQUES : UNE THERAPEUTIQUE CIBLEE

pour chaque patient , on ciblera des objectifs spécifiques , individualisées dans chaque axe , mécanique , psychosocial et étiologique ces objectifs spécifiques viseront les éléments les plus invalidants mise en cherchant à les atteindre par les portes d’entrée les plus simples les plus accessibles

## TYPES DE PRISE EN CHARGEN DES DAM



★ Posture sommeil	Exercices renforcement	Anti dépresseur
Posture éveil	Kinésithérapie	Anxiolitique
PECC bruxisme	Ostiopathie	<b>Injection</b>
Relaxation	Orthophonie	Anesthésique muscles
Gestion stress	Réeduc.ventilation	Anesth. ATM
Acupuncture	Réeduc.linguale	Hyaluronique
Hypnose	Manipulation	Toxine botulique

**Type A : Traitement Conservateur ( tableau 4)**

ces formes de traitement conservateur , non invasifs , comprennent des conseils visant a corriger des habitudes nocives , des exercices de rééducation soit cognito- comportementale , soit musculo- articulaire elle visent une adaptation des structures ( remodelage articulaire , reconditionnement musculaire ) par la modification des fonction , ces deux aspect peuvent être plus ou moins encadré par des professionnels spécialisés selon les difficultés de réalisation ou de compréhension du patient , des traitements médicamenteux en support des modalités précédentes ne sont probablement utiles que dans les formes chroniques , ils seront appréciés dans une approche pluridisciplinaire , le recours à des injections locales musculo-articulaires est rare mais parfois intéressant dans les formes rebelles à la simple physiothérapie

le traitement de type A est globalement indiqué chez tous les patients DAM

#### TYPE B

<b><u>Gouttières</u></b>	Butée ant.BOA	Butée post.BOA	Goutière GRM	Gout.anté.GAP
<b><u>Orthèses</u></b>	Hawley modifiée	F.L.N	E.L.D	OPAM (SAOS)

**Type B : Traitement Orthopédique ( Orthèse , Gouttière )**

★ les orthèses occlusales répondent à différents objectifs : soulager , reconditionner l'aspect neuromusculaire , repositionner la mandibule et protéger les dents ou les ATM . les orthèse occlusales peuvent être utilisées à titre de test thérapeutique ou pour renforcer la prise en charge personnelle qui présente probablement en fait l'élément essentiel

les orthèses occlusales appartiennent à l'ensemble des orthèses orales , avec les protèges dents , les appareillages de prise en charge des apnées obstructives du sommeil ( SAOS ) , les rééducateurs de type enveloppe lingual nocturne ( ELN ) ou diurne (ELD) , et quelques dispositifs orthodontiques , pr exemple l plaque de hawley , dans les orthèse occlusales , on

pourra utiliser la butée occlusale antérieure ( BOA ) , la butée occlusales postérieure (BOP) , l'orthèse de reconditionnement musculaire ( ORC ) , l'orthèse d'antéposition (OAP) (Ré , 2011)

### TYPE C

<b><u>Restauratrice</u></b>	Soins dentaires	Equilibration initiale	Collage simple	Prothèse provisoire
	Collage étendus	Onley	Prothèse permanente	
<b><u>Orthochirurgie</u></b>	Orthodontie simple	Ortho. Par gout	Ortho.multi attaches	Lavage ATM
	Arthroscopie ATM	Arthrotomie ATM	Chir.orthognath	

16

### ★ Type C : Traitement Structurel :

un traitement invasif surtout thérapeutique n'est jamais indiqué en première intention

son indication majeure nit de la nécessité de traitement dentaire pour des raisons purement intrinsèques à l'état des dents ( caries , délabrement , malposition , édentement )

l'équilibration occlusale doit s'entendre comme incluant les déférentes technique de meulage ( soustraction ) de collage ( addition ) , de restaurations ou d'orthodontie . ces traitements irréversibles présentent un certain nombre de risque qui doivent être parfaitement confrontés un bénéfice attendu cette équilibration occlusale doit être évitée chez les patients présentant des problèmes de tensions émotionnelles , d'occlusoconscience exacerbée , sur dents saines , dans certains cs identifiés , une équilibration occlusale ponctuelle peut contribuer à un pronostic positif ( DE BOEVER ET COLL ? 2000 ? KIRVESKARI ? 1997° ? mis elle n'est généralement pas indiquée en première intention sauf \_ anomalie occlusale d'évidence \_ dans cette dernière hypothèse , l'équilibration est alors généralement indiquée en première intention , en précisant qu'il s'agit , sans aucun surtout thérapeutique , simplement de normaliser les fonctions pour aider les processus optatifs .

### TYPE D

### Traitement préventif

### ★ Type D : Traitement Préventif :

il est paradoxal de constater que le traitement préventif du DAM est généralement contre-indiqué dans les recommandations internationales, mais que pour les jeunes, l'orthodontie est remboursée en France sur une justification d'optimisation fonctionnelle car on ne peut penser qu'un traitement médical serait remboursé sur des critères esthétiques, toute la dentisterie qui vise au maintien des dents, des fonctions, des fonctions manducatrices représente de fait un traitement préventif des fonctions. cette optimisation des fonctions ne doit pas être confondue avec un concept d'idéalisation, souvent invasive, représentant un surtraitement, le plus souvent utopique et dangereux

## PHARMACOTHERAPIE ET DAM

la douleur est le motif le plus fréquent de consultation DAM. l'objectif principal de sa prise en charge est donc de la contrôler si ce n'est de la supprimer; cependant, cela ne signifie pas qu'une prescription médicamenteuse soit systématique. la prescription est parfois une solution de facilité pour le praticien, attendue par le patient, sans pour autant représenter une solution réelle au problème. en premier lieu, il faut souligner l'importance du diagnostic: il ne s'agit pas de traiter une migraine, une céphalée de tension ou un syndrome dépressif, mais de prendre en charge un DAM primaire, c'est à dire une myoarthropathie d'origine dysfonctionnelle. le DAM est un trouble fonctionnel, il répondra favorablement à un traitement fonctionnel. l'approche médicamenteuse, souvent peut efficace sur le plan des symptômes, peut bénéficier de l'effet placebo mais ne traite pas les causes réelles et masque les problèmes qui réapparaissent après l'arrêt du traitement. un traitement antalgique peut parfois être contre productif, démotivant le patient vis-à-vis de son autoredéducation, supprimant l'effet alerte de la douleur, autorisant des comportements mandibulaires délétères. les prescriptions médicamenteuses doivent donc être réfléchies, justifiées pour des objectifs précis, clairement expliqués au patient (MCNEILL ? 1997)

sauf dans l'urgence algique, les prescriptions médicamenteuses sont relativement rares dans la consultation DAM

la pharmacothérapie

concernera les **antalgiques**,

**les antiinflammatoires**,

**les myorelaxants**,

**les antidépresseurs ,**

**les neuroleptiques , les injections et**

**l'arthrocentèse (lavage**

**d'ATM)**

bloc anesthésique du nerf auriculo-temporal

★ Dans la douleur récente, l'intensité de la douleur orientera la thérapeutique vers les facteurs biomécaniques déclenchants ou aggravants. Les prescriptions thérapeutiques les plus efficaces résident dans les simples consignes de mis au repos, d'alimentation souple, d'autocontrôle du baillement, des parafunctions manducatrices (bruxisme, machonnement...) et des postures contraignantes de sommeil. Ainsi les prescriptions médicamenteuses antalgiques et/ou anti-inflammatoire ne sont généralement pas indiquées dans les formes légères et modérées de DAM.

D'un coté, ces prescriptions n'améliorent pas fortement le résultat des traitements de type A (non invasif) ; de l'autre, elles présentent l'inconvénient majeur de masquer les symptômes, ce qui n'incite pas le patient a respecter les consignes, le déresponsabilisant vis-à-vis de son auto-prise en charge. Dans la Douleur intense, en plus des consignes précédentes, une prescription à visée antalgique est indiquée ; à ce moment, la prescription doit être efficace. Dans la douleur chronique, la prise en charge médicamenteuse est souvent à envisager, en coopération avec le médecin généraliste, avec un médecin spécialiste de la douleur, exerçant dans un centre dédié. Cette orientation peut concerner les situations suivantes :

- ❖ L'invalidité exprimée dépasse largement ce qui est habituellement attendu dans le DAM ;
- ❖ Le patient, en errance médicale, exprime des demandes excessives de tests complémentaires et de traitements invasifs non indiqués ;
- ❖ Le patient est un consommateur chronique d'antalgique ;
- ❖ Le patient affiche une détresse psychologique importante (état dépressif) ;

- ❖ Le patient présente un comportement aberrant, tel que la dénie, l'inobservance au traitement, les consultations multiples.

## **THERAPEUTIQUES EDUCATIVES ET DTM**

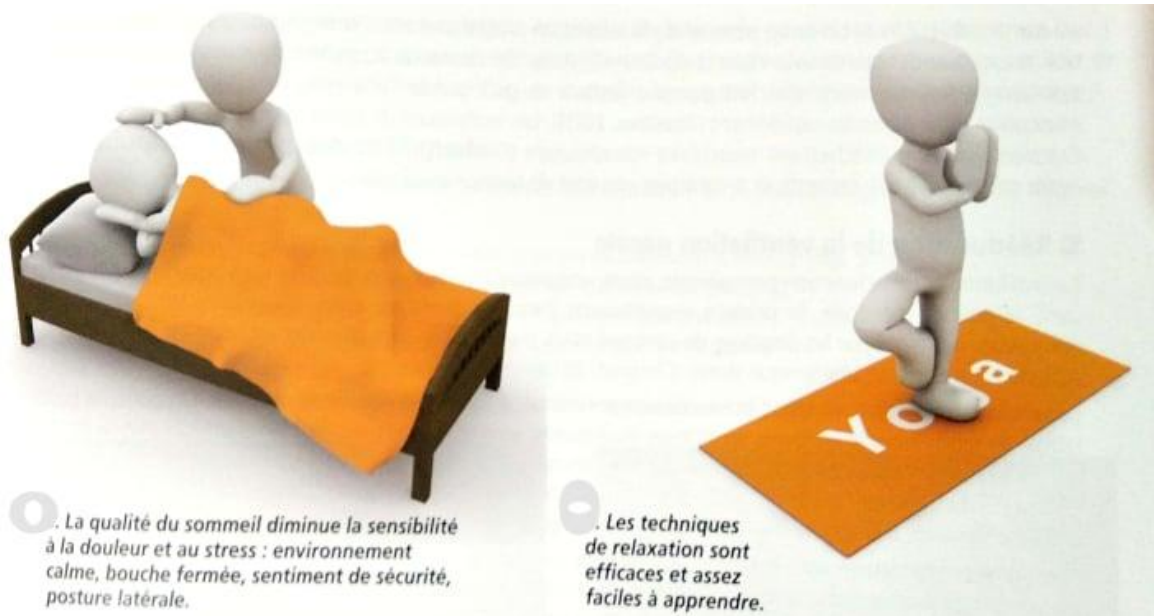
tout thérapie fonctionnel est fondée sur la rééducation et la physiothérapie : elles sont directement patient \_ dépendantes . il est donc indispensable de sensibiliser le patient aux éléments susceptibles de provoquer , de maintenir ou d'aggraver les troubles .

des interventions cognitivo- comportementales simples permettent ainsi d'optimiser nettement les résultats des prises en charge ( Goulet and Lavigne , 2004) .

explication , dédramatisation , encouragements ont une très grande valeur thérapeutique . avant tout , rassurer le patient est essentiel ; le mettre également en confiance en lui expliquant que ses problèmes sont bien connus et avec de bons pronostics ( HOWE,1984) . toute la consultation DAM doit rechercher à créer un climat engageant le patient avant tout - se traiter lui même - à souligner l'intérêt de coopérer aux traitements de son problème de dysfonctionnement ; le praticien s'engageant à l'y aider , à lui tracer le chemin . cette restructuration cognitive est liée à la qualité de la relation thérapeute \_ patient fondée sur l'écoute réciproque, ainsi les cliniciens doivent intégrer l'impérieuse nécessité d'écouter attentivement les plaintes des patients et de leurs donner toutes les réassurances nécessaires . les thérapies éducatives sont à la base de tout traitement d'un trouble fonctionnel . Elles interviennent dans l'interception de troubles infracliniques, le soutien et l'efficacité des prises en charge des DAM et la prévention des récurrences . l'effet placebo existe toujours , il est à la fois pervers et salvateur pour le praticien et le malade ; le thérapeute doit savoir l'utiliser sans en être dupe .

on distinguera les informations, les explications éducatives , les instructions thérapeutiques , les exercices et la rééducation cognitivo \_ comportementale .

**écouter , observer , rassurer , expliquer , accompagner .**



★ Dans toutes ces thérapeutiques éducatives, le << psychodontologiste >> averti doit :

Etre convaincu de l'importance des facteurs émotionnels sur les dysfonctions et intégrer une dimension psychosociale dans sa pratiques ;

- ❖ Etre à l'écoute du patient (écoute active) ;
- ❖ S'intéresser aux sensations subjectives du patient ;
- ❖ Montrer de l'empathie (pont praticien-patient) ;
- ❖ Contrôler ses propres émotions (neutralité) ;
- ❖ Savoir user du placebo sans en être dupe ;
- ❖ Référer au psychothérapeute si nécessaire (Rozenzweig, 1994).



## PHYSIOTHERAPIE ET DAM

le but de la physiothérapie est de supprimer ou de nettement diminuer les douleurs et gênes fonctionnelles , de réduire la tonicité musculaire et d'augmenter l'amplitude des mouvements mandibulaires ( MICHELOTTI ET COLL , 2005) prescrite et encadrée par le praticien , elle demandera une forte implication du patient , parfois renforcée par un physiothérapeute ( kinésithérapeute , ostéopathe , chiropracteur ) . cette approche débute par des conseils qui sont développés dans le chapitre 21 ( thérapeutique éducatives ) pour le patient , la physiothérapie peut être :

- ✚ Passive , ou les mouvements sont induits par le thérapeute , les muscles du patient étant le plus relâchés possible ;
- ✚ Active , ou les mouvements sont accomplis par le patient sous contrôle du thérapeute ;
- ✚ Domestique ( auto\_ exercices ) ou le patient réalise seul ( souvent chez lui ) les exercices prescrits .

Plus généralement , en plus des conseils , la physiothérapie comprend les thérapies physiques, les massages , les manipulations et l'autorééducation .

### Formes de Physiothérapie

#### *Education*

- Explication du diagnostic du traitement .
- Éducation en matière de biomécanique de la mâchoire , du cou et de la tête .
- Réconforter , expliquer le bon pronostic général pour aider à la récupération et au cours naturel qui s'ensuivra .
- Explication des rôles respectifs du patient et du médecin .
- Information au patient pour lui permettre d'effectuer des soins personnels
- Conseils

#### **Thérapie Physique**

- Chaud , Froid , Ultrasons , Laser , EMG , et TENS .



**35** TENS : la stimulation électrique procure un relâchement musculaire facilitant les manipulations.

### Thérapies MANUELLE

- Massage
- Correction posturale
- Manipulation

### Auto Rééducation

- Eliminer les habitudes orales contraignantes ( serrement des dents , chewing- gums ...)
- fournir des informations sur les soins de la mâchoire associés aux activités quotidiennes

**36** Auto \_ exercices .

Indication Des Exercices	
Exercices	Indications
Application de froid	Trauma, œdème, douleur intense récente
Cryothérapie (spray)	Contracture intense (spray and stretch)
Application de chaud	Myalgie
Massage	Contracture diffuse (muscles masséter, temporal, cervicaux)
Relachement myofascial	Contracture indurée (point douloureux ou bande tendue)

<b>Correction de la posture antérieure de la tete</b>	Cervicalgie commune
<b>Manipulation de Ferrar</b>	DAM articulaire de grade III en forme intense (blocage bouche fermée)
<b>Manipulation de Nelaton</b>	Luxation condylo –temporale (blocage bouch ouverte)
<b>Mobilisation condylienne douce</b>	Adhésion intracapsulaire
<b>Etirements en diduction</b>	Grade III avec limitation de la translation
<b>Etirements en ouverture</b>	DAM musculaire avec limitation d'ouverture, contracture des élévateurs, fibrose musculaire
<b>Etirements cervical</b>	Cervicalgie commune avec limitation
<b>Exercice de fermeture contre-résistance</b>	DAM musculaire avec contracture des élévateurs, faiblesse des muscles abaisseurs
<b>Exercice d'ouverture contre-résistance</b>	DAM musculaire avec contracture des élévateurs, faiblesse des muscles abaisseurs
<b>Correction de l'ouverture défléchie</b>	Grade III ou IV , asymétrie mandibulaire
<b>Gymnothérapie cervicale</b>	Cervicalgie commune
<b>Gymnothérapie en diductions</b>	DAM articulaire (I,II,III,IV)

indication des exercices

## Traitement Orthopédique ( Orthèse)

Les orthèses occlusales sont des dispositifs intraoraux, recouvrant totalement ou partiellement une arcade, fabriqués en matériau souple (plastique ou polymère) ou rigide (résine acrylique, ou matériau des plaques thermoformées) voire les 2 à la fois (matériau rigide sur la surface occlusale et souple dans la partie interne) et classés en différents types selon les objectifs thérapeutiques visés.

Les orthèses souples peuvent être préfabriquées et ramollies à l'eau chaude pour être adaptées en bouche par le patient lui-même ou bien fabriquées au cabinet dentaire sur des moulages en plâtre puis adaptées en bouche par le praticien.

Les orthèses en matériau rigide fabriquées au laboratoire à partir de moulage en plâtre, ont pour avantages une plus grande stabilité et rétention, une fabrication estimée plus fiable et reproductible ; la relation occlusale est équilibrable, contrôlant la position mandibulaire induite. Elles sont efficaces avec une longévité supérieure [121]

## II.1. DIFFERENTS TYPES D'ORTHESES

Selon l'efficacité clinique, on distingue par ordre décroissant les types suivants :

### ORTHESE D'ANTEPOSITION

L'orthèse d'antéposition a pour objectif de repositionner la mandibule dans une position antérieure. Elle est réalisée classiquement à la mandibule, sur des moulages montés en articulateur dans la position thérapeutique donnée par la cire d'enregistrement.

Elle recouvre les faces occlusales des dents cuspidées et comble l'espace d'inocclusion créé par l'abaissement condylien matérialisé par la cire d'enregistrement. Les dents antérieures ne sont pas recouvertes, de préférence, afin de permettre le contact en antéposition et favoriser la proprioception facilitant le positionnement mandibulaire et le guidage des déplacements mandibulaires.

Les indentations dans l'orthèse sont profondes afin de guider l'arcade mandibulaire dans la position thérapeutique lorsqu'elle arrive au voisinage de l'intercuspidation maximale.

### ORTHESE DE RECONDITIONNEMENT

Appelée également orthèse de relaxation ou de libération neuromusculaire, orthèse de Michigan, ou plan de libération occlusale, elle est réalisée en résine acrylique dure, lisse, de préférence transparente, recouvrant la totalité de l'arcade maxillaire ou mandibulaire pour assurer une rétention maximale et maintenir les dents

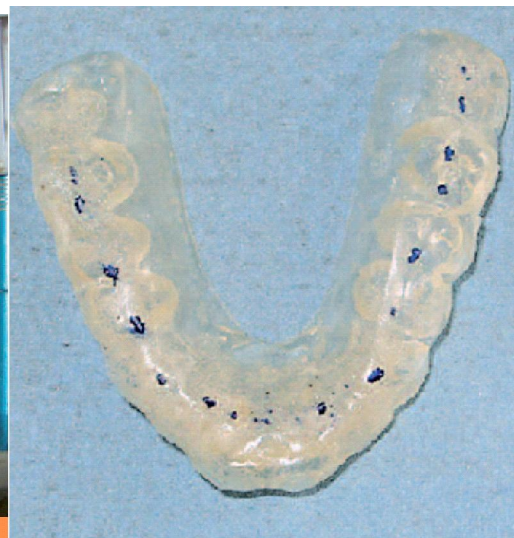
Cette gouttière, en étant plane, supprime les boucles de rétroaction négatives ce qui rendrait l'activité musculaire plus équilibrée.

Elle est utilisée pour protéger les dents en cas de bruxisme, en cas de problèmes musculaires ou en l'attente d'un diagnostic plus précis, stabiliser les articulations en redistribuant les forces (occlusales), protéger les dents, et relaxer les muscles masticateurs.

Le port de l'orthèse augmente également la prise de conscience par le patient des habitudes de la mâchoire et aide à modifier la position de repos en une position d'inocclusion plus détendue et relaxante.



Montage sur articulateur des modèles maxillaire et mandibulaire et équilibrage de la gouttière sur articulateur : les indentations sont supprimées.



Contacts dentaires antagonistes répartis sur l'ensemble de la gouttière.

- **Réalisation**

Ce dispositif est confectionné au laboratoire à partir de modèles en plâtre des arcades dentaires, montés sur un articulateur semi-adaptable en relation centrée par l'intermédiaire de l'arc facial, permettant de conserver comme référence le plan axio-orbitaire tout au long du traitement

Lors de la mise en place de la gouttière, celle-ci se doit d'être stable, rétentive par elle-même et ne présenter ni prématurité ni interférence, mais des contacts occlusaux simultanés avec l'arcade antagoniste, répartis sur l'ensemble de la gouttière

Afin d'organiser les mouvements mandibulaires excursifs, le respect du guide antérieur et canin est impératif assurant la désocclusion postérieure dans les mouvements excentrés, peut être préconisé; elle peut être maxillaire ou mandibulaire, mais l'aspect esthétique, la gêne phonétique, la posture linguale, la notion de confort amènent certains cliniciens à privilégier l'orthèse occlusale mandibulaire .

La gouttière doit être compatible avec une DVO confortable pour le patient.

Quand l'ORM est placée dans la bouche, le changement minime dans la relation maxillomandibulaire n'est autre que celui lié à l'épaisseur du matériau et le risque potentiel d'effet indésirable reste minime.

Cette orthèse doit être portée la nuit ou pendant certaines activités (professionnelles, sport, etc.) et rectifiée tous les 15 jours pour suivre l'évolution de la position mandibulaire au fur et à mesure que la pathologie musculaire disparaît.

Autre technique : la gouttière peut être également réalisée à partir d'une plaque thermoformée ramollie à chaud et plaquée sur le modèle de travail.

Après refroidissement, la face occlusale est façonnée par adjonction de résine auto-poly-mérisable.

L'absence de différence significative d'efficacité sur les DAM par rapport à l'orthèse de reconditionnement musculaire classique, et le risque d'effets iatrogènes et plus particulièrement dentaires (égression des dents postérieures et /ou béance antérieure) en limitent l'utilisation aux phases d'urgence.

### **II.1.2.3. ORTHESE DE PROTECTION OU ANTISTRESS**

Chez les patients bruxomanes, les parafunctions provoquent la destruction des structures dentaires de calage, de centrage et de guidage et créent des facettes d'abrasion qui deviennent des facteurs d'entretien du bruxisme

Pour l'odontologiste, le standard du traitement du bruxisme consiste en le port d'une orthèse occlusale qui permet à la fois de protéger les dents et les ATM, en redistribuant les forces occlusales et éventuellement de limiter les effets des contractions musculaires.

Cette orthèse occlusale, dite de protection ou « antistress », répond aux mêmes caractéristiques de réalisation que la gouttière de relaxation musculaire.

Elle doit être portée durant toute la journée en cas de bruxisme diurne ou pendant la nuit lorsque le bruxisme est nocturne.

Dans le cas où la dimension verticale d'occlusion (DVO) est diminuée, on peut réaliser une gouttière dite de « verticalisation » qui ressemble aux précédentes, avec une épaisseur rétablissant la DVO. Cette gouttière permet de tester et de valider la nouvelle position mandibulaire avant un éventuel traitement stabilisateur, tout en assurant un rôle de protection des structures de l'appareil manducateur.



#### II.1.2.4. ORTHESE DE REPOSITIONNEMENT

Les troubles articulaires résultent en grande partie d'un déplacement vers l'avant du disque articulaire. Ce déplacement peut être réductible ou irréductible

L'orthèse de repositionnement trouve ici son indication et a pour objectif, dans la mesure du possible, de repositionner la mandibule dans une position telle que le disque articulaire soit correctement coapté.

Quand le déplacement discal irréductible est ancien, ce type d'appareillage ne peut être indiqué.



- **Réalisation**

La réalisation de cette orthèse nécessite le montage sur articulateur en relation centrée du jour et la programmation par axiographie.

En fait, il est important de connaître avec exactitude l'endroit précis du repositionnement, l'amplitude de propulsion et l'angulation de celle-ci.

Le tracé axiographique permet la visualisation du déplacement condylien et le réglage de sa pente. La position de réduction est ainsi programmée sur articulateur, à l'aide de cales de propulsion.

Généralement, la propulsion se fait d'une façon identique des deux côtés. Cependant, on peut envisager de propulser différemment à droite et à gauche.

Cette position thérapeutique peut être également enregistrée directement en bouche à l'aide d'un mordu en cire juste avant le claquement de fermeture.

La tige interincisive est gérée de façon à limiter l'épaisseur de la gouttière et de la maintenir si possible près de l'espace libre d'inocclusion.

La gouttière est indentée, avec un guidage canin strict (un mur de guidage), évitant ainsi les interférences lors des mouvements excursifs.

Le port doit être permanent et la nouvelle position doit être adoptée spontanément par le patient.

Après trois mois, une tentative de recul mandibulaire par meulage de la rampe et des indentations doit être effectuée.



L'objectif souhaité de cette phase de traitement est de ramener progressivement le complexe condyle-disque dans une position anatomique plus proche de la fosse articulaire.

Notons que la réapparition de bruits articulaires doit rendre le praticien très prudent par rapport à la réussite du traitement. En effet, si le patient éprouve des difficultés à conserver la position choisie, il est quelquefois sage, à ce stade, de renoncer au repositionnement articulaire. Dans ce cas, la gouttière de repositionnement articulaire est transformée en gouttière de décompression.

## **ORTHESE DE DECOMPRESSION**

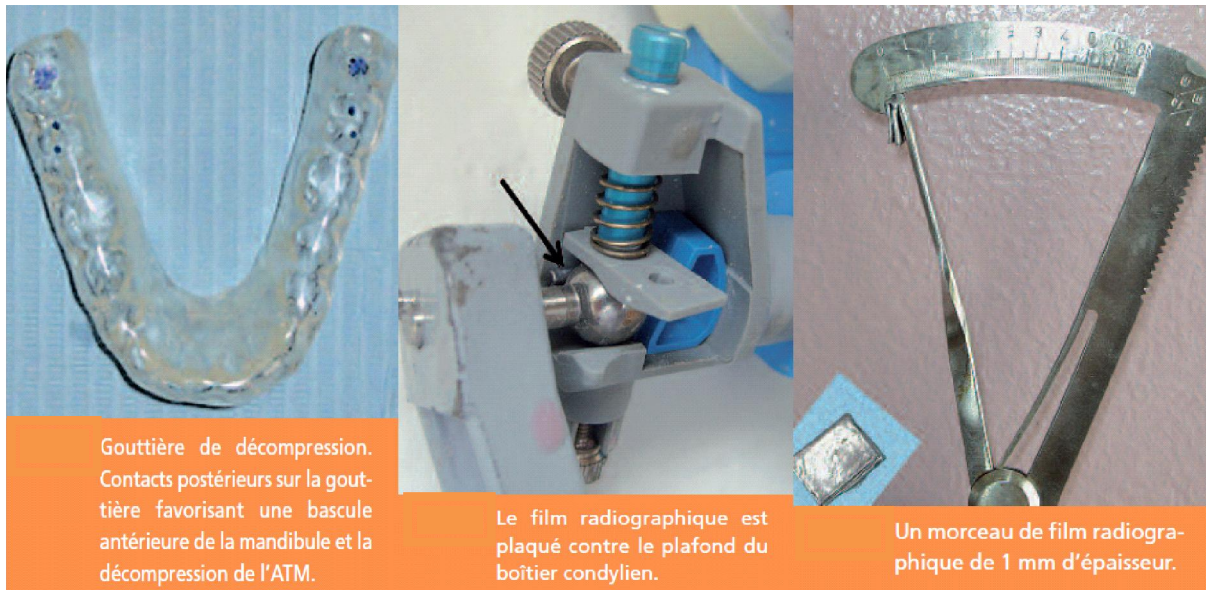
La compression articulaire est une conséquence très fréquente des désordres temporomandibulaires. Elle s'accompagne de douleurs souvent invalidantes au niveau de l'ATM, de limitation de la course condylienne et des mouvements mandibulaires, et parfois même de troubles auriculaires...

Lorsque la compression devient chronique, cela peut entraîner une perforation des tissus rétro-discaux et par conséquent le contact des surfaces osseuses entre elles, pouvant évoluer vers des phénomènes dégénératifs de type arthrosique

Le port d'une orthèse de décompression trouve ici toute sa justification et permet donc de décompresser l'articulation temporomandibulaire; est fabriquée en résine dure, couvrant l'arcade maxillaire ou mandibulaire en créant un sur-contact occlusal postérieur. L'objectif est de réduire la pression intraarticulaire par abaissement du condyle et ainsi de soulager les douleurs dans des cas de troubles intraarticulaires et/ou d'ostéoarthrose.

En fait, ce type d'orthèse est essentiellement indiqué en cas de déplacement discal réductible tardif et en cas de déplacement discal non réductible

Il est également utilisé dans les cas d'arthroses dégénératives, d'ostéochondrite et dans les maladies générales ayant une incidence dégénérative sur l'ATM (polyarthrite, lupus).



- **Réalisation**

Elle est réalisée dans une position de référence (position thérapeutique) sur articulateur programmé selon les données axiographiques.

Des bandelettes de films radiographiques sont placées dans les boîtiers condyliens pour abaisser la boule condylienne. La tige incisive permet de régler la hauteur de construction de la gouttière.

Lors de la mise en place de ce dispositif, les contacts des dents antagonistes se font simultanément et uniquement au niveau des dernières dents maxillaires. Les dents antérieures sont en légère inoclusion ne dépassant pas 1 mm. Celle-ci induit, lors de la fermeture buccale, une bascule mandibulaire qui décomprime les ATM.

Cette orthèse est également portée 24 heures sur 24, même pendant les repas.

Chaque contrôle est espacé d'au moins une semaine. Ainsi, nous obtenons à terme une descente condylienne verticale pure dans sa fosse glénoïde, libérant ainsi le pincement articulaire existant.

Le maintien de la mandibule dans la position thérapeutique, donnée par la gouttière pendant un temps suffisant (6 à 12 mois), permet d'obtenir une densification fibreuse rétro-discale (néo-disque).

Le principe est contesté, les résultats sont contradictoires et pas toujours favorables à leur utilisation. Le risque d'ingression des molaires voire d'égression des autres dents doit limiter

le port à court terme. L'antéposition semble être un moyen plus efficace de décompression articulaire

## **BUTEES OU CALES POSTERIEURES**

Les butées postérieures présentent un triple objectif : soulager la douleur, reçoapter le disque et réadapter les structures articulaires osseuses et ligamentaires en diminuant la pression intracapsulaire.

Ces butées sont indiquées en cas de déplacements discaux irréductibles :

- aigus, en permettant le repositionnement de l'ensemble disco-articulaire chez un sujet jeune
- chroniques, en favorisant la formation d'un néo-disque et un remaniement osseux autorisant ainsi un jeu fonctionnel et asymptotique des ATM.

Elles peuvent être également utilisées dans :

- les situations d'urgence avec douleurs intracapsulaires ;
- les dégénérescences du disque avec blocage ;
- les adhérences discales ;
- les claquements articulaires tardifs ;
- les perforations discales ;
- les phénomènes arthrosiques.



- **Réalisation**

Préalablement à la confection des cales de décompression, la manipulation mandibulaire visant à reçoapter le disque articulaire peut être tentée surtout quand celui-ci est déplacé récemment, car les chances de succès sont plus grandes.

La résine est préparée. Quand elle atteint sa phase plastique, une petite quantité est plaquée au niveau des dernières molaires bilatéralement. Le patient, guidé par le praticien, mord dans la position thérapeutique. Une fois la résine durcie, elle est retirée puis ajustée.

La rétention de ce dispositif est obtenue par l'effet d'empreinte dans les reliefs des faces occlusales et des espaces interdentaires.

Les indentations doivent être éliminées pour ne pas bloquer la mandibule dans une position non physiologique.

Comme tous les dispositifs sectoriels, le port doit être de courte durée sans dépasser une quinzaine de jours, pour éviter toute égression dentaire.

## **ORTHESE DE STABILISATION**

Quel que soit l'objectif recherché par l'orthèse, celle-ci devient au terme des réglages successifs une orthèse de stabilisation de la position thérapeutique obtenue.

Ce type d'orthèse est réalisé au laboratoire sur un articulateur semi-adaptable, en position thérapeutique stabilisée et préalablement enregistrée en bouche à l'aide d'un mordu en cire.

Elle présente une surface occlusale légèrement indentée et des contacts occlusaux ponctuels, harmonieusement répartis sur toute l'arcade antagoniste.

Un guide antérieur (incisivo-canin) est établi afin d'organiser les mouvements mandibulaires (propulsion-diduction).

Elle doit être portée 24 heures sur 24, pendant plusieurs mois, pour régler la position mandibulaire thérapeutique et la maintenir, le temps de procéder au traitement stabilisateur définitif par équilibration soustractive ou additive, prothèse ou orthodontie .

## ORTHESE D'URGENCE : JIG DE LUCIA

Il a été proposé pour l'enregistrement de la relation centrée par Lucia en 1964.

Ce dispositif interocclusal, ou butée antérieure, supprime l'engrènement cuspidien et entraîne une perte de la mémoire occlusale : déprogrammation neuromusculaire.

Cet appareillage réduit l'activité musculaire des muscles masticateurs de façon temporaire . Il est indiqué en cas de myalgie aiguë ou pour enregistrer la relation centrée. Il est absolument contre-indiqué en cas de troubles articulaires.



Jig de Lucia réalisé en résine transparente.

- **Réalisation**

Il peut être réalisé soit directement en bouche, soit indirectement au laboratoire sur des modèles montés sur articulateur.

Ce dispositif est placé uniquement sur les incisives maxillaires. Le contact avec les incisives mandibulaires se fait selon une surface perpendiculaire en un seul point.

L'épaisseur du jig ménage un espace minimum d'environ 1 mm au niveau des secteurs cuspidés, en respectant si possible l'espace libre d'inocclusion.

Après son insertion en bouche, on vérifie : la stabilité, la rétention, le contact ponctuel avec l'incisive centrale antagoniste, l'inocclusion postérieure (d'environ 1 mm) et la réalisation des mouvements mandibulaires excentrés sans interférences postérieures et sans contraintes au niveau de la butée.

Le jig de Lucia doit être porté uniquement le jour, car il y a un risque de déglutition ou d'inhalation.

Il est destiné à un port à court terme (maximum 8 jours) pour éviter toute compression au niveau de l'ATM et toute égression au niveau des secteurs cuspidés.

## II.2. MECANISMES D'ACTION

Les orthèses permettent de :

- Diminuer ou modifier la compression de l'ATM en réduisant l'intensité des forces, la fréquence et/ou la durée des parafonctions ;
- Inhiber temporairement les hyper-activités musculaires ;
- Réduire l'intensité et la fréquence des myalgies ou arthralgies liées au bruxisme ;
- Améliorer les symptômes liés aux troubles symptomatiques de blocage à l'éveil et liés à une activité musculaire nocturne intensive (bruxisme) ;
- Interrompre les conditionnements neuromusculaires qui déterminent les relations ATM-fosse (« déprogrammation ») ;
- Protéger les surfaces occlusales des dents (naturelles ou restaurées)

Par contre, il n'existe pas de preuve d'efficacité pour les actions suivantes :

- Décompresser l'ATM par distraction du condyle ou par « pivot » sur les contacts molaires ;
- Rééduquer les muscles pour être moins actifs après le retrait de l'orthèse ;
- Soulager les céphalées d'origine neurovasculaire ou vasculaire ;
- Recapturer les disques déplacés, favoriser la guérison du tissu rétrodiscal, prévenir la progression de déplacement discal réductible en déplacement discal irréductible ;
- Obtenir une relation « idéale » neuromusculaire/occlusale ;
- Réduire ou éliminer le bruxisme de façon permanente.